



**NOTIFICA DI SINISTRO**  
**ASSICURAZIONE DI RESPONSABILITÀ CIVILE PRIVATA DIRECTA**

**Lasciare in bianco**

Rückstellung: ..... SB: .....

Schadenort: ..... Ursache: .....

Art: ..... Pool: .....

Datum / Visum: .....

Polizza n.: .....

Sinistro n.: .....

**Persona assicurata:**

Cognome / nome: ..... Professione: .....

Indirizzo: ..... NPA / luogo: .....

Telefono durante il giorno: ..... Telefono privato: .....

Indirizzo e-mail: .....

Conto bancario / postale:.....

**1. Data del sinistro** ..... ora .....

Luogo del sinistro (indirizzo / NPA / luogo / località)

.....  
.....

**2. Causa del sinistro** (descrizione dell'accaduto e circostanze più precise, allegare eventualmente schizzi o fotografie)

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**3. Chi ha causato il sinistro?**

3.1 Cognome / nome: ..... Professione: .....

Data di nascita: ..... Telefono n.: .....

Indirizzo: ..... NPA / luogo: .....

3.2 La persona in questione è parente della persona assicurata?  sì  no

Grado di parentela .....

3.3 La persona in questione è impiegato/a per la persona assicurata?  sì  no

Rapporto di lavoro .....

3.4 La persona in questione vive in comunione domestica con la persona assicurata?  sì  no



**NOTIFICA DI SINISTRO  
ASSICURAZIONE DI RESPONSABILITÀ CIVILE PRIVATA DIRECTA**

4. È stato effettuato un sopralluogo ufficiale?  sì  no

Stazione di polizia / Ufficio pubblico: .....

**5. Parti lese**

	1° persona lesa:	2° persona lesa:
Cognome / nome		
Professione		
Indirizzo		
NPA / luogo		
N. di telefono		
Indirizzo e-mail		
Stato civile		
Data di nascita		
Conto bancario / postale		

**6. Danni materiali**

Oggetti danneggiati		
- tipo di danno		
(descrizione esatta) con indicazione della data e del prezzo d'acquisto; allegare ricevute)		
Costo del danno stimato CHF		
Riparazione <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no; costi		
Luogo dove si può esaminare l'oggetto / ditta incaricata della riparazione		
Gli oggetti sono assicurati?	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no
Presso quale società? Come?		

**7. Danni corporali**

Tipo di lesione:		
Nome e indirizzo del medico curante/ospedale		
SUVA / Assicurazione infortuni		
Assicurazione malattie		
Nome e indirizzo del datore di lavoro		



NOTIFICA DI SINISTRO
ASSICURAZIONE DI RESPONSABILITÀ CIVILE PRIVATA DIRECTA

8. Testimoni

Table with 2 columns: 1° testimone, 2° testimone. Rows: Cognome / nome, Indirizzo / NPA / luogo, N. di telefono durante il giorno.

9. La sua opinione sulla causa del sinistro

9.1 Si tratta di una negligenza sua, di un membro della sua famiglia o di un impiegato alle sue dipendenze? [ ] sì [ ] no

Motivo: .....

9.2 La causa è dovuta a materiale o impianto difettosi? [ ] sì [ ] no

Motivo: .....

9.3 La persona lesa o una terza persona sono responsabili? [ ] sì [ ] no

Motivo: .....

Cognome, nome, indirizzo della persona in questione: .....

10. Domande supplementari

Le persone lese sono familiari della persona assicurata o della persona che ha provocato il danno?

[ ] sì [ ] no

Grado di parentela: .....

Le persone lese erano al servizio della persona assicurata o della persona che ha provocato il danno?

[ ] sì [ ] no

Rapporto di lavoro: .....

Le persone lese vivono in comunione domestica con la persona assicurata? [ ] sì [ ] no

Sono già state presentate domande di indennizzo? [ ] sì [ ] no Quali? .....

11. Osservazioni

.....
.....

Si autorizza Visana Assicurazioni SA a prendere visione di tutti i documenti attinenti al caso di sinistro in questione (tra cui atti giudiziari e medici). Con la sua firma, la persona assicurata conferma la veridicità dei dati forniti. Apponendo la sua firma autorizza Visana Assicurazioni SA a raccogliere presso gli altri assicuratori le informazioni necessarie relative ai contratti assicurativi attuali e non e ai casi di sinistro notificati.

Si prega di rispedire la notifica di sinistro debitamente compilata all'indirizzo sotto indicato. I casi gravi devono esserci segnalati tempestivamente per telefono.

Luogo e data

Firma persona assicurata